

Zdravotní pojišťovna: samoplátce	Pohlaví: M Ž	Datum a čas odběru:	Číslo žádanky (čárový kód)
Rodné číslo:	Datum narození:		
Příjmení a jméno:			
Telefonní (včetně zahraniční předvolby) + e-mailový kontakt na vyšetřovaného:			

BIOCHEMIE

<input type="checkbox"/>	Základní preventivní vyšetření	KOD, Moč chemicky+sed. Glukosa, Urea, Krea, KM, Bil, AST, ALT, ALP, GGT, CK, Na, K, Cl, Ca, P, Mg, Chol, Trig, HDL, LDL, Fe, CRP, CB, Alb,	727 Kč
<input type="checkbox"/>	Test sport Basic	KOD, Moč chemicky+sed. Glukosa, Urea, Krea, KM, Bil, AST, ALT, ALP, GGT, CK, Na, K, Cl, Ca, P, Mg, Chol, Trig, HDL, LDL, Fe, CRP, CB, Alb, IgE, TSH, Vit D, Vit B12, FOL,	2 245 Kč
<input type="checkbox"/>	Test sport Advanced	Basic + HbA1c, fT4, Cu, Zn, Kostní ALP, Osteokalcin, B crosslabs, P1NP	4 593 Kč
<input type="checkbox"/>	Test sport Complete Ženy	Basic + Advanced + LH, FSH, Prog, Estr, AMH, DHT	6 358 Kč
<input type="checkbox"/>	Test sport Complete Muži	Basic + Advanced + Testosteron, TST volný, DHT, PHI	6 712 Kč
<input type="checkbox"/>	Hormony ženy	LH, FSH, Prog, Estr, AMH, DHT	1 765 Kč
<input type="checkbox"/>	Anti-Müllerian hormon	AMH	700 Kč
<input type="checkbox"/>	Těhotenský test	hCG	190 Kč
<input type="checkbox"/>	Hormony muži	Testosteron, Testosteron volný, DHT, PHI	2 119 Kč
<input type="checkbox"/>	Testosteron	Testosteron volný	250 Kč
<input type="checkbox"/>	Prostatický specifický antigen	PSA	250 Kč
<input type="checkbox"/>	Prostata	PHI (PSA, fPSA, 2PSA)	1 300 Kč
<input type="checkbox"/>	Vypadávání vlasů	Železo, Zinek, Selen, TSH, DHT	1 523 Kč
<input type="checkbox"/>	Krevní skupina	Krevní skupina + Rh faktor	180 Kč
<input type="checkbox"/>	Štítná žláza	TSH, f-T4	390 Kč
<input type="checkbox"/>	Vitámín A + E	Vitámín A + E	1 210 Kč
<input type="checkbox"/>	Vitamíny skupiny B	Folát, Vitámín B12 aktivní	488 Kč
<input type="checkbox"/>	Vitámín D	Vitámín D celkový	420 Kč
<input type="checkbox"/>	Vitamíny rozšíření	Koenzym Q10, Vitámín B1, B2, B6, C	6 630 Kč
<input type="checkbox"/>	Stopové prvky	Selen, Zinek, Měď	986 Kč
<input type="checkbox"/>	Anémie	KO, Fe, Ferritin, CVK Fe, Transferin	491 Kč

TOXIKOLOGIE

<input type="checkbox"/>	Drogový screening	Amfetaminy, Barbituráty, Benzodiazepiny, Kanabinoidy, Kokain, TCA, Metadon, Opiáty	600 Kč
<input type="checkbox"/>	Drogy - LCMS konfirmace	Konfirmace pozitivního výsledku získaného screeningovým testem drog, indentifikace konkrétní látky	2 400 Kč
<input type="checkbox"/>	Těžké kovy	Kadmium, Olovo, Rtuť	2 538 Kč

IMUNOLOGIE

<input type="checkbox"/>	ALEX – Alergologický panel	Specifické IgE - 117 alergenových extraktů, 178 molekulárních alergenů (komponent)	5 185 Kč
<input type="checkbox"/>	FOX – Panel potravinových intolerancí	IgG - 283 potravin	5 990 Kč
<input type="checkbox"/>	IgE celkové	IgE celkové	420 Kč
<input type="checkbox"/>	Celiakie Screen	EMA IgA IF , a-tTg IgA, a-gliadin IgG-DGP - deamidovaný	548 Kč
<input type="checkbox"/>	Potravinové intolerance na mléko <small>* velká zkumavka</small>	a-milk IgA, a-milk IgM, a-milk IgG, a-laktóza IgA, a-laktóza IgG, a-alfa laktalbumin IgA, a-alfa laktalbumin IgG, a-beta laktoglobulin IgA, a-beta laktoglobulin IgG, a-kasein IgA, a-kasein IgG	2 118 Kč
<input type="checkbox"/>	Tetanus	a-Tetanus Toxoid IgG	350 Kč
<input type="checkbox"/>	Žloutenka typu A	a-HAV IgG	350 Kč
<input type="checkbox"/>	Žloutenka typu B	a-HBs	350 Kč
<input type="checkbox"/>	Žloutenka typu C	a-HCV	350 Kč
<input type="checkbox"/>	HIV	a-HIV	350 Kč
<input type="checkbox"/>	Klíšťová encefalitida	a-Klíšť. encefalitis v. IgG	350 Kč
<input type="checkbox"/>	Lymeská borrelióza	a-Borrelia IgG, a-Borrelia IgM	700 Kč
<input type="checkbox"/>	Spalničky (Morbilli)	a-Morbilli IgG	350 Kč
<input type="checkbox"/>	Plané neštovice (VZV)	a-VZV IgG	350 Kč
<input type="checkbox"/>	Černý kašel (Pertusový toxin)	a-Bord. pertussis toxin IgG	350 Kč
<input type="checkbox"/>	Zarděnky (Rubella)	a-Rubella v. IgG	350 Kč
<input type="checkbox"/>	Chlamydie pneumoniae	Chl. Pneumoniae IgA, IgM, IgG	930 Kč

GENETIKA * je nutné vyplnit informovaný souhlas na druhé straně žádanky

<input type="checkbox"/>	Trombofilní mutace	Faktor V (R506Q) Faktor II (G20210A)	850 Kč
<input type="checkbox"/>	Laktózová intolerance	Polymorfismus C/T – 1390, G/A – 22018	1 800 Kč
<input type="checkbox"/>	Histaminová intolerance	4 mutace genu AOC1 spojeny se sníženou aktivitou DAO	1 800 Kč
<input type="checkbox"/>	Celiakie	Genetická predispozice (DQ2, DQ8)	1 800 Kč
<input type="checkbox"/>	Screening Trec/Krec/SMA * suchá kapka krve	Vyšetření primárních imunodeficiencí – SCID a XLA, Screening spinální muskulární atrofie - SMA	650 Kč

PCR

<input type="checkbox"/>	STD 14 – 14 sexuálně přenosných patogenů	CHT, NG, TV, MH, MG, UU, UP, HSV1, HSV2, TP, HD, CA, GV, GBS	2 889 Kč
<input type="checkbox"/>	STD 7 – 7 sexuálně přenosných patogenů	CHT, NG, MG, MH, UU, UP, TV	1 926 Kč
<input type="checkbox"/>	HPV – High-risk	HPV – Lidský papilomavirus - typy 16,18, 45 a skupina obsahující 31, 33, 35, 39, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68	960 Kč
<input type="checkbox"/>	HPV – High-risk a Low-risk	HPV – Lidský papilomavirus - typy 6, 11, 16, 18, 45 a skupina obsahující 31, 33, 35, 39, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68	1 650 Kč

SPADIA LAB, a.s. - Laboratoř lékařské genetiky, Divadelní 2174/27, 741 01 Nový Jičín
Souhlas vyšetřované/ho (zákonného zástupce) s molekulárně-genetickým laboratorním vyšetřením

Jméno vyšetřované/ho:..... Datum narození:.....

Účel molekulárně-genetického laboratorního vyšetření:
(ověření/potvrzení dg., zjištění predispozice, zjištění nemoci plodu)

Alternativy navrhovaného molekulárně-genetického vyšetření (jejich vhodnost, přínos a rizika): neexistuje.

Molekulárně-genetické vyšetření z indikace:.....

Ze vzorku: periferní krev

Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství k výše uvedenému molekulárně-genetickému laboratornímu vyšetření. Vše mi bylo vysvětleno jasně a srozumitelně. Byla mi sdělena rizika spojená s neočekávanými nálezy, které nejsou účelem genetického laboratorního vyšetření, ale přesto je genetická analýza zjistí. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považoval/a za podstatné a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na všechny dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

- **Přeji/nepřeji** si být informován/a o výsledku molekulárně-genetického laboratorního vyšetření.
- **Přeji/nepřeji** si být seznámen/a s neočekávanými nálezy molekulárně-genetického laboratorního vyšetření.
- **Přeji si**, aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:
Jméno: Adresa:
- **Souhlasím/nesouhlasím** s využitím výsledků genetického laboratorního vyšetření a relevantních informací o mém zdravotním stavu, včetně fotodokumentace, k vědeckým a výukovým účelům za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány pouze v anonymní formě.

Souhlas se skladováním

- Před genetickým vyšetřením, které by se provádělo za jinými účely než uvedeno výše, budu řádně poučen/a a toto vyšetření bude vždy provedeno až s novým informovaným souhlasem. Vzorek bude skladován v laboratoři nejméně po dobu 5 let a nejvýše dle kapacity laboratoře nebo požadavků lékaře.
 - Jestliže bude vzorek mého biologického materiálu dále skladován, **souhlasím/nesouhlasím** s jeho využitím ke kontrolě kvality DNA diagnostiky (vzorek je použit jako kontrola pro vyšetření jiného pacienta).
 - **Souhlasím/nesouhlasím** s tím, že mohu být znovu kontaktován/a, na adrese uvedené ve zdravotnické dokumentaci, za účelem souhlasu s využitím mého skladovaného biologického materiálu v konkrétním výzkumném projektu.

Nesouhlas se skladováním

- Můj vzorek bude po provedení genetického laboratorního vyšetření zlikvidován s tím rizikem, že nebude již možné v budoucnosti výsledek vyšetření v případě potřeby znovu ověřit a že zlikvidování vzorku může vést ke zhoršení dostupnosti diagnostiky u rodinných příslušníků. Dále jsem si vědoma, že pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku a s provedením výše popsaného molekulárně-genetického laboratorního vyšetření.

Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Prohlašuji, že jsem všem údajům, poučením a souhlasům, které mi byly sděleny a vysvětleny, porozuměl/a.

V....., dne.....

podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce)

Jméno zákonného zástupce:.....

Datum narození:.....

Vztah k vyšetřované osobě:.....

Jméno, razítko a podpis lékaře:.....